

## KISA DÖNEMLİ PSIKOTERAPİLER

Dr. Işık Sayıl

A. Ü. T. F. Psikiyatri  
Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Dr. Yıldırım B. Doğan

A. Ü. T. F. Psikiyatri  
Anabilim Dalı Uzmanı

Makalede semptom oryantasyonlu kısa psikoterapilerle ilgili bilgiler sistematize biçimde ve iki bölüm halinde verilmiştir. Birinci bölümde genel bilgiler, diğer benzer tedavi yaklaşımları içinde kısa psikoterapilerin yeri bir vak'a örneği ile verilerek ele alınmıştır. İkinci bölümde ise uygulama teknikleri ve buna ilişkin sorunlar üzerinde durularak tedavi süreci anlatılmıştır.

Genel olarak psikoterapi, iki ya da daha çok kişi arasında kurulan ilişki aracılığı ile kişiyi değiştirmeye yönelik işlevler kümesine verilen addır. Geçmiş eski olup önceleri din adamlarınca uygulanmaktayken 18. yüzyılda doktorlar tarafından denemeye başlanmıştır (Aqilera, Messick 1974).

Psikoterapide çağdaş yönelimler ise aynı yüzyılın sonlarına doğru Freud ve Breuers'in girişimleriyle ortaya çıkmıştır. O dönemde hipnoz, katarsis, serbest çağrışım, yüzleştirme (Confrontation) diye adlandırılan girişimlerin tümü bugün psikoanaliz genel başlığı içinde tanınmaktadır. Psikoanaliz pek çok terapi yöntemine de kaynaklık etmiştir. Değişik isimlerle anılan ve farklı amaçlarla uygulanan çoğu terapötik yaklaşım psikoanalizi esas almakla birlikte araç ve amaç olarak ondan farklıdır (Aqilera, Messick, 1974; Rosenbaum, Beche, 1975).

Destekleyici (Supportive) psikoterapiler bunlardan biridir. Psikoanalizden en önemli farkı araştırıcı değil adından da anlaşılacağı üzere destekleyici olmasıdır. Amacı zorlayıcı koşullar altındaki bireyin bağımlılık gereksini-

minin doyurulması, anksiyetesinin yatıştırılmasıdır. Hastaya geniş sözelleştirme olanağı tanınır, stresi azaltılmaya çalışılır. Gerçekler gözönüne alınarak ona yol gösterilir. Hatta geçici olarak hastanın nörotik savunmaları desteklenir. Gerekiyorsa, terapist çok etkin bir rol takınarak hastanın yaşamına yön verir (Aqilera, Mossick, 1974).

Kısa psikoterapiler diye bilinen girişimler destekleyici tedavinin yukarıda belirtilen özelliklerinden kaynaklanmıştır. Akıl sağlığı hizmetlerine duyulan gereksinimin artması buna karşılık kurum ve eleman azlığı kısa psikoterapilerin en fazla benimsenen bir yöntem olarak gelişmesine neden olmuştur. Psikoanaliz çok uzun süreye gerek gösterir. Üstelik uygulayıcının yetişmesi güç, uzun süren bir emeğe bağlıdır. Oysa kısa psikoterapilerde bu güçlükler kolay biçimde çözümlenmiştir. Terapistin yetişmesi, temel bir klinik psikiyatri bilgisinin üzerine kısa ve planlı bir eğitimle mümkündür. Esasen şartların gereği kısa süreli müdahaleler günlük klinik uygulama içinde zaten vardır (Aqilera 1974; Rosenbaum, 1975; Small, 1971).

Rosenbaum'un 1964 yılında ortaya attığı sorular bugün de güncelliğini ko-

rumaktadır : Hasta için derinlemesine bir iyileşme mi, kısa sürede ulaşabileceği bir denge hali mi daha çok anlam ifade eder? Psikoanaliz herkes için geçerli midir? Psikoanaliz talep edenler sanıldığı kadar çok mudur?

Özellikle uyum güçlüklerini ele alırsak, (ki en sık rastladığımız hasta popülasyonudur) kısa sürede sağlanabilecek duygusal bir denge hali semptomatolojik bir iyileşme için yeterlidir. Semptom kalkınca birey daha kolay uyum sağlayacaktır. Hem semptom hem uyum böylelikle düzeltilmiş olur (Aqilera, 1974).

Kısa psikoterapi semptom oryantasyonludur. Amaç, en çok baskı yapan semptomu kısa sürede tanımlamak, ortadan kaldırmaya çalışmaktır. Semptom giderilemiyor ve ısrar ediliyorsa o vakit hastada o semptomu karşı kabullenışı sağlamak gerekir. Koşulların yol açtığı uyum güçlüklerinin anında giderilmesi derin nörotik ve psikotik değişikliklerin oluşumunu da önler. Bir anlamda kısa psikoterapiler profilaktik özellikler de taşımaktadır (Aqilera, 1974; Bellak, 1978).

Wolberg'den kısa bir vak'a öyküsü ile konuyu daha da belirlemek kabül olacaktır. Muayenehane hekimliğine başladığı günlerde geçen bir olayı Wolberg şöyle anlatır : «Bir öğle sonu çaresiz, ümitsiz bir telefon aldım. Tanımadığım bir erkek sesi, hemen o gün telefonda anlatamayacağı önemde bir sorun içinde görüşme istiyordu. O gün için buna olanak yoktu. Bunu kendisine anlatmaya çalışarak, telefonda söylemesini belki de bu acil duruma bir çare bulabileceğimizi söyledim. Bir kaç gün içinde de görüşme randevusu önerdim. Telefondaki sessizlikten, sık sık öksürmesinden, sesindeki tereddütlü ve titrek halden, ileri derecede anksiyetesi oldu-

ğunu çıkardım.

«Tereddütünüzde haklısınız. Beni tanımlıyorsunuz. Üstelik telefon gibi genel bir haberleşme aracıyla konuşuyorsunuz.»

Adeta bir solukta «doktor, böyle bir şey başıma hiç gelmemişti. Korkunç bir şey bu» dedi. «Önemli bir sorunuz olduğunu anlıyorum. Belki bu yardıma, desteğe ihtiyacınız var. Henüz ne olduğunu bilmiyorum ama size yardımcı olabilirim. Güçlüğünüzü paylaşmak isterim.» Elden geldiğince güven ve destek vermeye çalıştığım bu sözlerim etkisini gösterdi ve sorunu öğrendim. Acil durum, hastanın o sabah birden bire empotan hale gelmesiydi. Olayın ortaya çıkışında eşinden yana bir kıskırtma v.s. gibi bir durum yoktu. Her şey bir anda olup-bitmiş, hasta cinsel uyarılmanın başlarında iken birden kendini tehdit altındaymış gibi hissetmiş, terlemeye, titremeye başlamış ve sürdürememişti. Hayati bir sorunla karşılaşmaya olduğunu söylüyordu.

Sakin, sevecen bir tonda onu anladığımı söyleyerek erkeklerin yaşamlarında bu türden bir empotansın çok önemli olmadığını çünkü cinsel arzularında iniş-çıkışların olabileceğini belirttim. Eğer kendisi için delicesine üzülmeyi bir kenara bırakırsa sorunun kendiliğinden çözüleceğini söyleyerek şöyle devam ettim. «Beni asıl ilgilendiren ne oldu biliyormusunuz?; çok doğal ve kısa süreli bir olaya bu denli şiddetli adeta patlarcasına tepki vermeniz. Bence bu empotans olayını bir kenara bırakın da kendinize güveninizi sarsan başka ne sorunlarınızın olduğunu düşünün ve onların üzerinde durun. Bunu yaparsanız empotans meseleniz de kendiliğinden yola girer.» Üçgün sonra görüşmek üzere telefon görüşmemizi bitirdik.

Üç gün sonra, genç, kendine güvenli, gülümseyen birisiyle karşılaştım. Telefona sarılıp telaşla beni arayan o değildi sanki kendisi de aynı şeyi belirterek «... aynı kişiyim ama farklıyım. Telefonu kapattığım vakit, gerginliğim başımdan topuklarıma kayıp yerlere karıştı, sanki. O an artık bunu atlatacağımı anladım. Aynı gün akşama doğru herşey yoluna girdi. Ashında bu gün buraya gelmeme gerek yoktu. Fakat telefonla bu işi beceren birinin, sizin nasıl biri olduğunuzu merak ettiğim için geldim» diyerek açıkladı. Bir daha bana gelmesine gerek yoktu (Wolberg, 1977).

Örneklediğimiz türden yaklaşımların daha sistematize yer aldığı kısa psikoterapiler pek çok karşılaştırmalı çalışmaya konu olmuş, etkenliği çok yönlü araştırılmıştır. Örneğin 1964 yılında Brill ve arkadaşları 5 grup hastada çift-kör yöntemiyle medikal tedavi, plasebo ve kısa psikoterapi uygulamış ve iyileşme açısından aralarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Ancak tedavi görmeyen grupla kıyaslandığında hepsinde iyileşme oranı daha yüksek bulunmuştur. Avnet'in 1962 de yaptığı çalışma daha da ilginçtir, 1200 psikiyatrin katıldığı ve bir kurumun (Group Health Insurance, inc.) desteğiyle yürütülen çalışmada çok geniş bir hasta grubu kısa süreli ruhsal tedaviye alınmış, sınırlı bir sürenin sonunda % 76 hastada iyileşme ve şifa gözlenmiştir. Takip çalışmalarıyla 1965 yılında oranın % 81 e ulaştığı saptanmıştır (Wolberg, 1977).

Uzun süreli tedavi yanlılarının benimsemediği yöntemlerle ulaşılan ve benzeri araştırma sonuçları geleneksel yaklaşımları zorlamış, giderek yarattığı ilgi alanı içine psikanalistler de girmiş hatta bu yöntemle uygulama yapan derinlemesine değişikliğin olabileceğini

savunan (Wolberg) psikanalistler de olmuştur (Castelnuovo, 1975; Rosenbaum, 1975; Small, 1971; Wolberg, 1977).

Psikoanaliz karşısında konumunu tanımlamaya çalıştığımız kısa psikoterapilerin uygulamasına geçmeden önce «süre» sorununa değinmek yerinde olacaktır. Şöyle ki; tek bir seansın bile yararlı olabileceğini öne sürenler olduğu gibi en az 6 seans diyenler çoğunlukta. Kısa psikoterapi süresi içinde seans sayısı ortalamâ 1 - 20 arasındadır ve en çok 3-4 ayda gerçekleştirilmelidir. Maksimum değerler seans sayısı için 50, süre için 1 yıl olarak belirlenmiştir. Görüşme süresi 50 dakikadır. 10 - 15 dakikalık sık aralıklı görüşmeler özellikle psikoz vak'alarında uygulama alanı bulmuştur (Castelnuovo, 1975; Rosenbaum, 1975; Small, 1971).

#### Uygulama :

Uygulamada hasta ve terapist ilişkisinin bazı önkoşullar söz konusudur. Bunlar hasta için yeterli bir zeka düzeyi, soyut (abstre) kavramları anlayabilme yetisi, belirli bir ego gücüne sahip olma, tedaviye istekli ve terapistle işbirliğine hazır olabilme şeklinde özetlenebilir. Terapist açısından genelleyebileceğimiz ön koşullar ise bu konuda yeterli bir eğitim ve deneyimden geçmiş olmak, hastanın istek ve işbirliğini sağlayabilmektir (Haugardý, 1980).

Bir sonraki aşama vak'anın seçimidir. Diğer bir deyişle kısa süreli psikoterapinin endikasyon alanıdır. Sorunun niteliği burada önemlidir; fokal, akut, situasyonel olmalı ve ego fonksiyonlarının bir segmentini etkilemelidir. Hastanın uyum yetenekleri ortadan kalkmamış olmalıdır. Yıkıcı zorlayıcı koşullar, yaşamı tehdit eden güçlükler kısa psikoterapinin ulaşabileceği sorunlardır. Derin karakterolojik bozukluklarda, borderline vak'alarda bu yöntemle

tedavi şansı hemen hiç yoktur. Ancak her vak'a için başlangıçta kısa psikoterapinin daha uzun ve değişik tedavi uygulamaları için zemin hazırlayıcı olması açısından uygun olabileceği söylenebilir (Aqilera, 1974; Bellak, 1978).

Kısa psikoterapi süresi içinde ilk seanstan başlayarak terapistin takınacağı belirli tutum ve davranışlar vardır. Fakat bu, rijit olmayı, tutucu ve ilkelci olmayı gerektirmez. Aksine terapist değişen koşullara uyabilecek esneklikte olmalıdır.

Uygulama özelliklerini şöyle sıralayabiliriz :

İlk seansta, yakınmalar ve belirtiler önem sırasına konur. Ayrıca tedavinin amacı tanıtarak seans sayısı konuşulur. Zaman sınırı koymak bazılarında göre motivasyonu artıran direnci engelleyen bir tutumdur. Yakınmalara ağırlık veren bir öykü gereğinde geriye dönük bilgilerle zenginleştirilir. Öyküde cevabını arayacağımız sorular şunlar olmalıdır :

a) Belirtilerle hastanın yaşam koşulları ilişkili midir ?

b) Belirtilerin ortaya çıkış sırası nedir ?

c) Hastanın bu gelişmeler karşısında tutumu ne olmuştur ? Hangi noktada ve neden sorununu kendi çözemez hale gelmiştir ?

d) Belirtileriyle ilgili hangi önlemler almıştır ?

Yaklaşımımızda hal geçmişten daha önemlidir. Ancak, geçmişi büsbütün ihmal etmemek gerekir.

Dikkat ve duyarlılık isteyen husus, hastanın geçmişe sapanmasıdır. Geçmiş öyküde şunları öğrenmeye çalışırız :

a) Mevcut belirtilere ve koşullara benzeyen şeyler daha önce de hiç olmuş mu ?

b) Evetse, belirtiler ve peresipitan faktörler arasında şimdi olduğu türden bir ilişki o vakit de var mıdır ?

c) Yaşantısı, ilişkileri kısaca soruşturulur. Tabloya katkısı olduğu takdirde, yüzeysel de olsa geçmiş-şimdi bağlantısı kurulmasında optimal bir yarar olabilir.

Hastanın kişiler arası sorunları anlaşılmaya çalışılır : çevre ilişkileri, çevrenin rolü ve önemi, çevre içinde kendi rolü nedir, ne olmuştur, ne özellik taşımaktadır ?

*Ön Değerlendirme :*

Tanımlayıcı bilgiler toplanıp değerlendirildikten sonra şu soruları cevaplamak amacıyla yapılır :

a) Olası tanı nedir ?

b) Hangi unsurlar değişmeye yatkındır ?

c) Hastanın düşlemleri ile gerçek arasındaki farklar nelerdir ?

d) Engelleme eşiği nasıldır ?

e) Kişilerarası ilişkilerinde davranış örüntüleri nelerdir ?

f) Kendisi, sorunun çözümünde ne düşünmektedir. ?

*İlk adım :*

Kısa, yalın, kolay anlaşılır bir dille ve karışık olmayan kavramlarla hastaya sorunu açıklanır, belirlenir. Buna katılıyor mu, asla tartışmaya girilmez, yansız, yüksüz, yargısız bir tutum esastır.

*Araç Seçimi :*

Araç seçiminde terapistin eğilimi, kişisel tercihleri vak'a nın durumu önemlidir. Olumlu bir ilişki esastır. Gereğinde bu araçlar sınırları terapistten -terapiste değişmek üzere kombine biçiminde kullanılabilir. Genel olarak iki türlü seçenek vardır :

A — Özgül olmayan araçlar (nonspezifik) :

1 — İlaç ve Plasebo : Sedatif, Tran- kilizan, antidepresan ilaçlar hastanın; etkinliğini, uyumunu bozan, rahatsızlık veren duygularını kontrol etmeye yardımcı olur (özellikle akut ve acil durumlarda) Plasebo da yerine göre, kullanılabilir.

2 — Ventilasyon ve Emosyonel Katarsis : Sözeleştirme ile hasta kendisine acı veren, suçluluk ya da utanma yaratan durumlardan ve buna ait duygularından sıyrılabilecektir.

3 — Telkin, Hipnoz : Hastanın anksiyetesi bu yolla ortadan kaldırılabilir. Etkili olabilmesi hastanın isteğine ve gereksinimlerine bağlı olmak üzere değişir.

4 — Danışma, Öğüt - verme, Çevresel Manipülasyon : Hastanın dış gerçeğe uyumuna yardım etmeyi amaçlar. Hastanın hayatına yönelik yıkıcı, unsurların giderilmesinde (gereği halinde) başvurulabilir.

B — Özgül Araçlar (Spesifik) :

1 — Davranış Tedavisi Yöntemleri : Karşıt koşullandırma ve duyarsızlaştırma en sık kullanılan yöntemlerdir. Özellikle fokal anksiyete ve fobilerde yardımcı olur. Semptom, kişilik yapısından bağımsız bir fenomen olarak kabul edilip değiştirilmeye çalışılır. Böylelikle hasta çarpık koşullandırıldığı varsayılarak, yeniden koşullandırılır.

2 — Yorumlama : Mevcut sorunun ötesindeki anlamlar üzerinde durulur. Hastanın görmezden geldiği gerçekler hastaya hatırlatılır (yüzleştirme). Amaç; sorunu ego ile uyumlu hale getirmektir. Yorum, dürtü ve impulslardan ziyade obje ilişkilerine ait terimlerle ifade edilir.

3 — Açıklama - Pedagojik Uyarı : Hastanın problem yaratan durumuna ilişkin içgörü kazanması sağlanmaya

çalışır. Hastanın nerede takıldığı açıklık kazanır. Güçlüğü tanımlamak, kabul veya değiştirmeye çalışmak bu yolla mümkün olabilir.

4 — Rüya Analizi : Mevcut çatışmanın çözümlenmesi için yerine göre yararlı bir başlangıç noktası olabilir. Ancak bilgisi ve deneyimi uygunluk taşıyan terapistler için, iyi bir araç olabilir.

5 — Aile Tedavisi : Hastanın gereksinimi ve koşulları gözönüne alınarak uygulanan bir yöntemdir.

*Tedavi Süreci :*

Kısa dönemli psikoterapilerde bir- birinin devamı özelliği taşıyan dört evreden sözdebiliriz. Bunlar destekleme, algılama, anlama, eylem, bütüncüleyici aşamalarıdır. Tedaviyi, vak'asına göre değiştirmek üzere, destekleme aşamasında sonlandırmak mümkündür (Bellak, 1978; Castelnuovo, 1975; Wolberg, 1977).

**Destekleme Aşaması :** Başlangıç olarak fonksiyonel bir ilişki kurmaya çalışılır. Terapiste yönelik olağan dışı beklentiler nedeniyle fonksiyonel ilişkinin önceliği vardır. Öte yandan empati kurmaya çalışarak, hasta sözeleştirilmeye çağrılır. Terapistle işbirliğinin önemi terapist ve hasta için aktif bir tutumun gerektiği akılda tutulmalıdır. Gerekiyorsa psikososyal homeostasis için ilaç kullanılabilir. Eski optimal fonksiyon düzeyine gelebilmek bu devre için yeterli bir amaç olarak bakılabilir.

**Algılama - Anlama Aşaması :** Odak noktası içgörü olan bu aşamaya geçebilmek hastanın motivasyonu ile yakından ilgilidir. İçgörü kazanımı aracılığı ile kişiliğinin onarımı ve eğitimi amaçlanır. Kişilerarası ilişkilerindeki güçlü günü terapistiyle kurduğu ortamda (güvenlik içinde) yeniden yaşayan hasta; terapisti aracılığıyla bu aksamaları

tanyarak semptomunun gerisindeki motifi anlayabilir. Bu, değişik savunma tepkilerinin yaşantısal olarak tanınması diye özetlenebilir.

İçgörü boyutu yeterince gelişmiş ise, terapist uygun bir anda dikkatli bir tutumla «yorum» da yapabilir. İçgörü kazanabilmek emek isteyen bir tutumdur ve zamana ihtiyaç gösterebilir (Tedavi bitince gecikmeyle bu noktaya gelen hastalar vardır).

Eylem aşaması : Hastanın öğrendiklerini hayat içinde sınama çabasının yer aldığı evredir. Terapistin aktif tutumunun bu evrede de devamı gerekir. Ayrıca destekleme, ödüllendirme, pekiştirme tutumları önemlidir. Anksiyete giderici olarak ilaç, davranışçı teknikler, hipnoz vb. kullanılabilir.

Bütünleyici Aşama : Hastanın edindiği terapötik kazanımların pekişmesi sık sık uygulama yapmasına bağlı olup ondan sonraki yaşamını da içine alır. Tedavi, hasta pozitif duygularda iken sonlandırılır öğrendiklerinin tekrarı öngörülür.

Hasta ile yapılan görüşmelerde kendinden kaynaklanan çabaların önemi vurgulanır. Ayrıca bazı yeni düşüncü biçimleri yerleştirilmeye çalışılır. Bunlar ileride giderek ilkeler haline alacaktır. «Unutma, çocukluğunda başına gelenlerden, geçmişteki korkularından yanlışlıklarından sorumlu değilsin. Ama onların hepsini erişkin yaşama taşımış olmaktan sen sorumlusun» (çevresini, yakınlarını, suçlaması suçlandırmasını önlemek için) «Geçmişin güçlüklerinin, korkularının, senin içindeki kalıntısı pek önemli değil. Şimdi sahip olduklarınla gelecekte güçlüklerle başedebilirsin.»

(Bazı nörotik örüntüleri denetlemesini sağlar.)

Görüldüğü üzere kısa dönemli psikoterapi, pek çok disiplinden yararlanan ve bunu hastanın yararına geniş bir esneklik sınırı içinde kullanan bir tekniğe sahiptir (Rosenbaum 1975, Small 1971).

#### Sorunlar :

a - Direnç : Bir takım korku ve endişelerin sonucudur. Terapist hasta ilişkisindeki aksaklığı gösterir. Bazen herşeye rağmen çıkabilir.

b - Transferans : Direncin devamıyla bazen birbirinin içinde gelişir. (kısa psikoterapide). Fantazi materyalden kaçınıldığı ölçüde çıkma olasılığı azalır. Eğer herşeye rağmen çıkmışsa önce tanımlı yapılır. Negatifse : Yüzeysel olduğu vakit işlenebilir. Yerleşik ve derin ise öylece bırakılır (Paranoya örneği). Pozitifse : (Özel hoşnut olma duyguları) tedavi amacını desteklediği oranda çözümlenmeden bırakılır (bilinçli olarak).

c - Savunma mekanizmaları : Mevcut tablo ile ilişkisi varsa, yüzeysel kalma koşulu ile üzerinde durulabilir. Bu sorunlar başgösterdiği vakit güven verici, anlayış dolu, kabullenici bir tutum ön plandadır.

#### Sonuç :

Hasta, belirtilerinden önceki optimal işlev düzeyine geldiyse kısa psikoterapi ilk evrede başarı ile tamamlanmış demektir. Tedavisi başarılı olmuş bir hasta, artık şunları öğrenmiştir :

- Aktivitesini en yararlı biçimde kullanmayı,
- Bağımlılıklarını sınırlamayı,
- Kişiliğinde tanıdığı zayıf yanları denetlemeyi ve ilişkilerine yansıtılmayı,
- Olumlu yanlarını keşfedip, fonksiyonel hale getirmeyi,

İleri yardım gerekiyorsa ve kendisi de istekliyse bu hastaya açıklanabilir.

yol gösterilir. Bireysel veya grup terapisi yöntemiyle devamı önerilir.


#### KAYNAKLAR

1. Aqilera, D.C., Bessick, M. I., *Crisis Intervention*, The C.V. Mosby Comp. Saint Louis : 1974.
2. Bellak, L., Small, L., *Emergency Psychotherapy and Brief Psychotherapy*, Grune and Stratton, Inc. N.Y. : 1978.
3. Castelnovo-Tedesco, P., «Brief Psychotherapy» S. 254-268, *American Handbook of Psychiatry*, (Ed)
4. Haugard, C., Luminet, D., «Traning and Brief Psychotherapies.» *Psychotherapy and Psychosomatics*, 34 : 233 - 240, 1980.
5. Rosenbaum, C.P., Beebe, J.E., *Psychiatric Treatment*. McGraw-Hill, Inc., N.Y., 1975.
6. Small, L., *The Briefer Psychotherapies*. Brunner-Mazel Inc., N.Y. 1971.
7. Wolberg, L.H., *The Techiques of Psychotherapy*. Third ed. Grune and Stratton. N.Y., 1977.

# dost eller



TÜRKİYE HALK BANKASI  
size dost ellerini uzatıyor.  
Güven,  
mutluluk,  
güleryüz,  
iyi hizmet,  
modern uygulama  
Halkın bankası olan  
TÜRKİYE HALK BANKASI  
daima  
hizmetindedir.



**TÜRKİYE  
HALK  
BANKASI**